

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

1471

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Arsène Bonneaud

né le 3 Août 1884 à Oradon-Saint-Genest (Haute-Vienne)

Contribution à l'Etude des Récidives

dans

les psychoses schizophréniques

traitées par le choc Insulinique

ou par le Cardiazol

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE,

Professeur de Clinique à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine 23,

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Arsène Bonneaud

né le 3 Août 1884 à Oradon-Saint-Genest (Haute-Vienne)

Contribution à l'Etude des Récidives

dans

**les psychoses schizophréniques
traitées par le choc insulinique
ou par le cardiazol**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE,

Professeur de Clinique à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine 23,

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		de GAUDART ..	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME
Pharmacien
Licenciée es-sciences

*Précieuse collaboratrice de
toute ma vie, faible témoignage
de ma profonde tendresse.*

A MES FILLES

ANDRÉE,
Pharmacien, Interne en Médecine

MADELEINE,
Etudiante es-lettres

ODILE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL LAVASTINE

Professeur de Clinique

des Maladies Mentales à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Asile clinique Sainte Anne

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait l'honneur de bien
vouloir présider cette thèse.*

*Hommage respectueux et té-
moignage de vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIAIS
Officier de la Légion d'Honneur
Docteur en Pharmacie
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Limoges.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCLAND
Chevalier de la Légion d'Honneur
Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges

A MON MAITRE ET COLLEGE
LE DOCTEUR DE LEOBARDY
Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'hôpital de Limoges
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Avec l'expression de toute ma
reconnaissance pour ses précieux
et si cordiaux enseignements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FROMENTY
Chargé de cours de Neuro-Psychiatrie
de l'Ecole de Médecine de Tours
Médecin-chef de service de PSYCHIATRIE
de l'HOSPICE GÉNÉRAL.

*Avec mes sentiments de vive
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUER
Médecin-chef de
L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE NAUGEAT P. LIMOGES

*Qui a inspiré et dirigé ce tra-
vail et qui a mis à ma disposi-
tion les observations cliniques de
son service, sa connaissance ap-
profondie de la psychiatrie, avec
tous mes remerciements et l'ex-
pression de ma vive sympathie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZERT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Chirurgien de l'hôpital de Limoges

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL FAURE

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Limoges

Chirurgien de l'hôpital de Limoges

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Contribution à l'Etude des Récidives
dans les Psychoses Schizophréniques traitées
par le choc insulinaire ou par le Cardiazol**

P L A N

CHAPITRE I

INTRODUCTION.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS CLINIQUES.

- a) Fréquence des rechutes dans un groupe de malades signalés dans une thèse antérieure comme ayant présenté des rémissions complètes ou des améliorations importantes durables.
- b) Améliorations plusieurs fois répétées sous l'effet de l'insuline ou du cardiazol.
- c) Psychoses épisodiques atypiques, ou avec appoint schizoïde, guéries par l'insuline ou le cardiazol.
- d) Aspect clinique des rémissions dans deux psychoses schizophréniques traitées au début de la maladie.

CHAPITRE IV

DISCUSSION.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

PREMIER CHAPITRE

INTRODUCTION

La présente étude n'est pas une statistique. Bien que l'insulino-thérapie soit appliquée à l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE de NAUGEAT depuis avril 1936, le nombre des malades susceptibles de figurer dans une statistique n'est pas encore assez grand. Les essais furent entrepris, notamment au cours des premières années, dans des conditions matérielles difficiles; ils durent parfois être suspendus, par suite de l'impossibilité d'assurer la surveillance de tous les instants qui est indispensable dans ce traitement. Quant au traitement par le CARDIAZOL, il n'a été introduit à NAUGEAT que plus récemment. Les premiers résultats ont été plutôt décevants. Mais le nombre des observations est trop petit pour qu'on soit en droit d'émettre une opinion définitive.

Nous voulons simplement, à propos de quelques faits cliniques frappants, discuter la stabilité des rémissions, totales ou partielles, obtenues au moyen de ces deux méthodes thérapeutiques, qui ont suscité déjà tant de controverses, qui ont provoqué tant d'enthousiasmes chez les uns, tant de désillusions chez d'autres.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

MOREL, en décrivant d'idiotie acquise, c'est-à-dire une démence survenant chez des jeunes gens auparavant sains d'esprit, paraît être le premier auteur qui ait isolé dans la nosographie les états que nous rangeons aujourd'hui dans la schizophrénie. Mais MOREL et ses élèves étaient habitués à considérer les états d'aliénation mentale comme des effets de la dégénérescence. Cette conception entraînait, avec elle, une tendance d'esprit logique, à savoir, que ces états avaient un caractère d'évolution fatale qu'aucune thérapeutique ne pouvait modifier.

Lorsque, à la fin du XIX^e siècle, KRAEPELIN groupa, sous le nom de démence précoce, les états étudiés avant lui, mais surtout par lui sous les noms de catatonie, d'hébéphrénie. et de démence paranoïde, il justifiait sa nouvelle synthèse en montrant que ces états avaient tous le caractère commun d'aboutir plus ou moins vite à une déchéance psychique profonde, dans laquelle l'affectivité

et l'activité des malades, leur vie sociale, paraissaient si irrémédiablement disparus, que tout espoir de les en tirer, semblait interdit. Aussi le concept de démence de KRAEPELIN, comme celui de dégénérescence de MOREL, MAGNAN l'avait précédé, condamnaient les psychiatres au nihilisme thérapeutique, en ce qui concerne les folies chroniques de la jeunesse.

BLEULER, en 1911, réagissant contre cette tendance s'appliquait, au contraire, par une analyse psychologique plus pénétrante, à montrer que sous des apparences évidemment très décevantes, le psychisme des déments précoces était encore fort riche et que, non seulement leur intelligence proprement dite (mémoire surtout), restait vivace, mais que leur affectivité n'était pas aussi atteinte qu'on pourrait croire, mais seulement méconnaissable, parce que des complexes affectifs la polarisent, dans le sens anti-familial ou anti-social.

En même temps BLEULER proposait de substituer à la désignation fataliste de démence précoce, le terme plus vague de groupe des schizophrénies, qui indiquait à la fois l'incoordination intra-psychique et la discordance qui caractérise tous les états intellectuels des ci-devant déments précoces.

Après BLEULER, on étudia davantage les syndrômes hallucinatoires : états paranoïdes — automatisme mental, — auquel l'Ecole Française de l'Infirmier du Dépôt (de Clérambault) attribua une importance capitale, ou-

vrant ainsi la voie à des explications cérébrales (plus exactement corticales) de la psychose.

Parallèlement, l'étude des effets de l'encéphalite épidémique sur le névraxe et particulièrement l'analyse des états de rigidité musculaire, des automatismes moteurs extra-pyramidaux, des spasmes de torsions, montrait que, sans pouvoir prétendre à les identifier, on ne pouvait s'empêcher d'admettre beaucoup de similitudes entre certains syndrômes striés et le syndrome catatonique.

Enfin, les études entreprises depuis le début du siècle sur les centres du sommeil, les syndrômes tubériens, le système neuro-végétatif encéphalique, ont permis d'entrevoir l'explication cérébrale de maints symptômes vasomoteurs, trophiques et probablement aussi de la sphère émotive et tous provoqués par des lésions plus ou moins profondes du système sympathique. (DIDE et GUIRAUD.)

A cette évolution des conceptions physiopathologiques, en ce qui concerne les états schizophréniques, se superpose une reprise de plus en plus énergique de l'activité thérapeutique chez les psychiatres.

Après les efforts de traitement par les abcès de fixation (PASCAL) par la narcose prolongée (KLAESI) la pyrétothérapie, sous toutes ses formes, c'est l'application de la méthode de SAKEL (1933) qui a inauguré les plus grands efforts et les succès les plus encourageants dans le traitement des schizophrénies.

Après SAKEL, Von MEDUNA a préconisé les injections

convulsivantes (Cardiazol) et leur a attribué aussi une de valeur thérapeutique.

Depuis cinq ans, de tous côtés, ces deux méthodes ont été sur une grande échelle essayées, vantées, discutées. Elles ont trouvé des zélateurs enthousiastes et des détracteurs obstinés.

Non seulement, des statistiques aux résultats assez discordants ont été publiés en grand nombre, non seulement l'observation clinique des malades en cours de traitement a soulevé des discussions sur le mode d'action de ces thérapeutiques, mais encore sous l'impulsion de ces essais thérapeutiques nouveaux les discussions sur la nature et la position nosographique de la schizophrénie ont acquis une actualité nouvelle. Localisation préfrontale (ANGYAL) ou sous-corticale des troubles fondamentaux? Unité ou pluralité des affections schizophréniques? Certains auteurs sont allés jusqu'à nier l'efficacité de ces thérapeutiques dans les schizophrénies vraies (LANGFELDT d'Oslo par exemple).

Depuis quelque temps, les premiers malades qui ont été traités ont été étudiés quant à leur évolution ultérieure; ainsi les études sur l'efficacité des méthodes de SAKEL et de MEDUNA reçoivent un complément indispensable. Le travail de Mlle M.-L. PRESS, de la Clinique Psychiatrique de Burgholzli, Zurich, en est un exemple. Il porte sur les 32 malades qui ont subi les premiers, dans cette clinique, l'insulinothérapie, au cours des années 1936 et

1937, (Archives suisses de neurologie et de psychiatrie XYKK, I, 1938). Il est souhaitable que des enquêtes « catamnétiques » de cet ordre soient publiés en grand nombre ,même au risque d'obliger parfois les auteurs à réviser leur enthousiasme de la première heure.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

a) FRÉQUENCE DES RECHUTES DANS UN GROUPE DE MALADES SIGNALÉS DANS UN TRAVAIL ANTÉRIEUR COMME AYANT PRÉSENTÉ DES RÉMISSIONS COMPLÈTES OU DES AMÉLIORATIONS IMPORTANTES DURABLES.

Au début de 1937, le Docteur G. MARQUET, ancien interne de l'Hôpital Psychiatrique de Naugeat, rapporta dans sa thèse les premiers résultats obtenus avec la méthode de SAKEL, chez des malades de cet établissement.

Parmi ces 23 cas publiés dans cette thèse se trouvent 9 qui présentaient soit des rémissions en apparence complètes soit une amélioration importante durable avec notamment retour d'un comportement affectif et d'une activité spontanée normale.

Un bref aperçu, montre comment ont évolué ces malades par la suite.

PREMIERE OBSERVATION

René B... admis à Naugeat, en juillet 1936, à l'âge de 24 ans, atteint d'un syndrome schizophrénique avec début

par un état dépressif hypocondriaque (idées de castration), puis de plus en plus tendance à s'isoler, méfiance contre l'entourage, désintérêt familial, inertie, réticence à l'examen. Ce malade, sous l'effet du traitement insulinothérapique commencé le 28 septembre, extériorisa d'abord, au cours des états hypoglycémiques précédant la période des grands chocs, un délire de transformation de la personnalité, puis s'améliora progressivement pendant la période des chocs. Il quitta Naugeat, le 5 novembre, à la demande de sa famille, lucide, conscient des troubles passés; son comportement était redevenu complètement normal.

EVOLUTION ULTÉRIEURE.

Pendant les 2 premiers mois après son retour dans sa famille, B. se montra normal. Il travaillait, il sortait le dimanche avec ses camarades. A partir de janvier 1937, son état s'aggrava de nouveau progressivement; le malade restait toute la journée au lit, abandonnait toute occupation : finalement des accès d'excitation furieuse avec bris d'objets et agressivité contre les membres de sa famille, imposèrent sa réintégration à l'asile, le 13 février 1937. Il fut transféré dans l'asile d'un département voisin, d'où il n'est plus sorti. Il convient d'ajouter qu'une nouvelle tentative de traitement par l'insuline resta sans effet.

DEUXIEME OBSERVATION

Gat... Hélène, admise à Naugeat le 30 avril 1936, quelques jours seulement après l'éclosion brusque d'une psychose délirante aiguë d'aspect schizophrénique. Méthode de Sakel instituée après résultat négatif d'autres traite-

ments, d'un abcès de fixation notamment. On employait dans ce cas la méthode initiale de SAKEL, 3 injections journalières d'insuline. L'amélioration commença à se manifester dès le troisième jour, puis s'accrut progressivement, bien qu'on ne dépassât pas la dose de 3 fois 100 unités qui n'avait pas suffi à produire le coma. Le treizième jour, la malade demanda spontanément du travail, le seizième elle se leva et s'occupa au dortoir, puis peu à peu le délire s'atténua. Pour des raisons matérielles il fallut suspendre le traitement après 33 jours, quelques convulsions délirantes persistaient alors.

L'amélioration continua néanmoins à progresser, la malade fut occupée dans un ménage de fonctionnaires, qu'elle quitta quelques mois après, complètement remise.

ÉVOLUTION ULTÉRIEURE.

La malade se plaça de nouveau comme bonne, elle est restée normale depuis.

TROISIÈME OBSERVATION

P... Emilie, employée de banque, admise à Naugeat le 21 octobre 1936 à l'âge de 25 ans; tendance schizoïde signalée dans les antécédents. Début de la psychose 18 mois avant son admission, par des manifestations dépressives, puis peu à peu abandon du travail, désintérêt, hostilité familiale, phase de mutisme et de refus de nourriture, claustration dans sa chambre, station devant la glace etc... Traitement insulinaire commencé le 1^{er} novembre; le 5, avec 60 unités, premier choc, puis chocs comateux ou convulsifs jusqu'au 30 novembre. Il fallut alors suspendre le traitement à cause d'une angine avec réaction fébrile intense. Le premier choc avait produit une transformation du comportement affectif, dès le deuxième, la malade constata spontanément l'amélioration survenue et fit preuve d'une auto-analyse frappante. Fin novembre plus aucun symptôme morbide ne persistait.

La malade rentra dans sa famille, dans les premiers jours de décembre, et revint voir le médecin tous les 8 jours. Le 20 janvier encore, elle présentait un comportement absolument normal.

EVOLUTION ULTÉRIEURE.

A partir du mois de février, les troubles firent de nouveau leur apparition. C'était d'abord des manifestations nosophobiques, peur d'être atteinte d'un cancer, de syphilis, demandes répétées d'examen du sang. Nommée entre temps dans une succursale de banque, à proximité de sa famille, la malade entra en fonction, mais dès le lendemain on la trouva inerte, dans une attitude figée, devant ses écritures. Le soir, elle erra dans la ville, sans but.

Soumise à un examen médical, elle se montra complètement mutiste. Elle fut reprise par sa famille et réintégrée à Naugeat le 30 mars 1937, après avoir refusé toute nourriture depuis 9 jours. Elle n'a plus quitté l'asile depuis, nous aurons à revenir sur cette observation.

Dans les observations précédentes, le traitement insulinaire avait produit la suspension complète des troubles psychiques. Les malades auxquelles se rapportent les 6 observations suivantes, ne furent qu'améliorées, mais dans une proportion importante, par le traitement.

QUATRIEME OBSERVATION

Mme S... née S..., admise à Naugeat, le 22 mai 1936, avec un syndrome catatonique stuporeux, qui s'était ins-

tallé progressivement, avec inertie complète, indifférence affective, demi-mutisme, vagues idées de négation. Traitée à partir du 15 août 1936; chocs comateux ou convulsifs pendant un mois; dès le premier choc, déblocage manifeste, tient conversation avec ses compagnes, demande à s'occuper, quelques jours après se lève, s'occupe dans le dortoir, finalement va à l'atelier de couture, consciente de l'état morbide, qu'elle attribue au surmenage.

EVOLUTION ULTÉRIEURE.

L'amélioration se maintient pendant 6 mois, puis progressivement le syndrome de stupeur catatonique réapparaît pour évoluer vers la chronicité. Depuis 2 ans, la malade est alitée, complètement mutiste, gâteuse; rire stupide quand on lui adresse la parole.

Toutefois quelques injections de cardiazol, pratiquées en été 1938, amenèrent encore un déblocage passager pendant quelques jours.

CINQUIEME OBSERVATION

Li... Léontine, âgée de 25 ans, admise le 28 octobre 1936, pour démence précoce hétérophrénocatatonique vieille de 4 ans déjà. Le principal intérêt de cette observation est qu'une amélioration importante fut obtenue rapidement grâce au traitement insulinique, commencé le 15 novembre. Le 24 novembre, premier choc comateux, à partir du 26, la malade va travailler à l'atelier de couture dans l'intervalle des chocs; ses parents venus ce jour là la trouvent complètement transformée, elle réclame spontanément la visite de sa sœur. Le 10 décembre, elle est retirée prématurément par ses parents, pour des raisons pécuniaires. L'amélioration persiste, cependant, pendant plusieurs mois, puis la malade retombe dans son état antérieur, d'indifférence et de puérilisme. Sa famille la garde.

SIXIEME OBSERVATION

S... née B... Germaine, admise le 12 février 1936 à l'âge de 32 ans, syndrome schizophrénique avec discordance affective, indifférence, excitation puérile et stéréotypée, bizarrerie, rire immotivé etc... Traitement insulinique commencé le 28 mai, chocs réguliers du 2 au 30 juin. Le comportement affectif redevient normal, la malade se met à travailler, écrit des lettres très sensées à sa famille. L'amélioration persiste après la cessation du traitement, s'accroît même. Mais dès les premiers mois de 1937, la malade commence à s'isoler davantage, reste accroupie dans un coin de la salle; le comportement devient de nouveau maniéré et puéril, la tenue de plus en plus débraillée. Elle s'occupe toujours d'une façon intermittente, mais le déficit affectif s'aggrave progressivement.

SEPTIEME OBSERVATION

C... Renée, admise à Naugeat, le 30 octobre 1936, à l'âge de 23 ans. Démence précoce catatonique d'aspect classique évoluant depuis 6 ans. Le traitement insulinique commencé le 7 novembre, est continué jusqu'au 16 décembre, mais doit être suspendu à cette date par suite d'accidents fébriles (angine, puis bronchite); pendant 3 semaines chocs réguliers, accompagnés fréquemment d'accidents convulsifs.

Une amélioration importante est enregistrée; désir de s'occuper spontanément manifesté, puis activité régulière (on note la minutie avec laquelle elle exécute son travail), tenue ordonnée alors qu'auparavant elle était débraillée et échevelée, affection témoignée à sa famille venue la visiter, qui la trouve d'ailleurs transformée. L'amélioration se maintient après la cessation du traitement.

EVOLUTION ULTÉRIEURE.

La malade retourne dans sa famille en février 1937.

L'état d'amélioration n'avait pas diminué à cette date. Mais le 24 mai 1937, elle est déjà réintégrée. Elle est retombée dans l'état d'indifférence et d'inertie totale qu'elle avait présenté avant sa première admission. Cet état ne s'est pas modifié depuis. La malade mène une vie végétative, dans un quartier de chroniques. Elle est indifférente pour tout, oublie jusqu'aux habitudes élémentaires de propreté, reste le plus souvent immobile dans une attitude figée.

Voici maintenant deux malades qui dans la thèse de MARQUET (observations 16 et 17) figurent parmi un groupe d'observations ayant pour but de mettre en relief l'action de l'insulinothérapie sur les états stuporeux.

HUITIEME OBSERVATION

Ch... Marie, admise le 12 juin, à l'âge de 27 ans: le début des troubles remonte à 3 mois à peine. Isolément, périodes de mutisme et de sitiophobie, parfois agitation nocturne au cours desquelles elle extériorise des idées de persécution, agressivité contre sa mère, évolution progressive vers un état de stupeur catatonique, avec mutisme absolu, raideur, période prolongée de refus de nourriture, gâtisme urinaire.

Le traitement insulinique est commencé le 8 décembre 1936, le 13, lors d'une visite de sa mère la malade lui parle, accepte les gâteaux qu'elle lui a apportés, manifeste sa satisfaction au médecin qui passe, s'alimente seule le soir.

Or les phénomènes hypoglycémiques s'étaient bornés jusque là aux troubles somatiques habituels : sueurs, hypothermie, etc. Le 15, premier choc, précédé d'agitation. L'amélioration s'affirme à partir de ce jour, la malade a

des manifestations affectives adéquates, parle spontanément, se lève dans l'intervalle des chocs et s'occupe, extériorise parfois des idées dépressives.

Mais quand il faut interrompre le traitement, du 19 au 27 décembre, la malade retombe peu à peu dans son mutisme et son inertie antérieures, elle urine plusieurs fois au lit.

La reprise du traitement rétablit la situation en l'espace de 8 jours, la malade va finalement travailler à l'atelier de lingerie, en dehors du quartier; elle reste cependant lente dans ses mouvements, et monosyllabique dans ses réponses à l'examen.

EVOLUTION ULTÉRIEURE.

Dans ce cas aussi, l'amélioration n'a pas dépassé 3 mois. Peu à peu, la malade devint de nouveau mutiste; l'énurésie nocturne devint de plus en plus fréquente, finalement l'état stuporeux réapparut avec la même intensité. Une nouvelle tentative de traitement resta sans effet. Des rémissions partielles spontanées, de courte durée, se sont produites à plusieurs reprises. Mais la malade n'a jamais pu quitter l'asile. Le plus souvent elle reste alitée, inerte, indifférente, gâteuse.

NEUVIEME OBSERVATION

Mme P... Ch... Valérie, entrée le 28 mars 1935 à l'âge de 36 ans, présentait au moment de son admission un syndrome mélancolique, classique en apparence, remontant à quelques mois déjà, compliqué de deux tentatives de suicide et d'idées de suicide collectif. Pendant son séjour à l'asile, un syndrome de stupeur se développe peu à peu, il est au complet en juin 1936, mais on observe toujours, à un examen prolongé, des manifestations dépressives : pleurs, etc...

L'insulinothérapie, commencée le 20 novembre, produit les premiers signes de déblocage, le 25 (40 unités); le 26, à la suite d'une crise de faim, la malade se montre absolument lucide, donne sur ses troubles antérieurs des précisions et des appréciations étonnantes. L'état ne s'aggrave plus, en dépit d'une interruption du traitement du 19 au 27 décembre. Après la reprise du traitement l'amélioration s'affirme. La malade travaille, correspond avec sa mère et ses enfants, reçoit régulièrement la visite des parents qui habitent la ville, finalement ceux-ci décident de l'accueillir chez eux, pour permettre au médecin de la suivre pendant quelque temps encore.

EVOLUTION ULTÉRIEURE.

Elle sort le 19 mars. Les premiers jours elle travaille, sort se promener ou faire des courses, en compagnie de sa mère venue auprès d'elle; puis rapidement la rechute se produit. Elle accuse sa famille de se mettre en travers de ses projets, invective sa mère, s'isole dans sa chambre, ne vient plus prendre les repas en commun, s'agite finalement au point qu'il faut la réintégrer un mois après sa sortie d'essai.

Depuis son état n'a plus jamais varié. Elle est toujours restée négativiste et hostile. Elle refuse de se lever, se cache habituellement sous les draps, n'adresse la parole à personne. Interrogée, elle se montre systématiquement réticente, il lui est cependant arrivé de déclarer « qu'on lui défend d'écrire » sans consentir à donner la moindre explication supplémentaire.

Tel fut le sort ultérieur des 9 malades, qui parmi les 23 cas rapportés dans la thèse de MARQUET, avaient le

plus profité du traitement insulinique. A part dans un seul cas, la rechute se produisit rapidement, dans l'espace de 3 à 6 mois habituellement. Chez les 14 autres malades, les effets du traitement furent nuls ou ne persistèrent pas au delà de la durée du traitement. Or, deux des malades qui n'avaient présenté qu'une amélioration passagère pendant la durée du traitement, purent quitter plus tard l'asile par suite de rémissions spontanées :

L'une survint plusieurs mois après que le traitement insulinique eut été tenté en vain.

L'autre rémission, extrêmement importante puisqu'elle permit à la malade de reprendre ses occupations antérieures et de gagner de nouveau sa vie, se produisit spontanément 2 ans après l'échec de la méthode de SAKEL.

Il y a des cas dans lesquels la répétition d'un traitement qui a réussi une première fois est sans effet. On en observe d'autres dans lesquels l'insulinothérapie ou le traitement de Cardiazol, produisent plusieurs fois les mêmes résultats favorables, malheureusement toujours pareillement éphémères.

Les deux observations suivantes en sont des exemples.

b) AMÉLIORATIONS PLUSIEURS FOIS RÉPÉTÉES SOUS L'EFFET DE L'INSULINE OU DU CARDIAZOL.

Il en a été ainsi de la malade P. Emilie (observation 3) qui, depuis son retour à l'asile, en mars 1936 fut sou-

mise de nouveau, 3 fois, au traitement insulinique et une fois au traitement par le Cardiazol (20 injections).

Le deuxième traitement insulinique est commencé le surlendemain de sa réintégration, le 1^{er} avril. La malade a abandonné son refus de nourriture dès le lendemain de son arrivée, mais elle est maniérée, négativiste, grossière à l'égard des infirmières. Ses réponses, laconiques, sont parfois railleuses; parfois aussi elles traduisent des raisonnements absurdes. A la question, par exemple, « pourquoi chez ses parents elle se promène toute nue dans sa chambre » elle réplique : « parce qu'on m'avait déshabillée toute nue ici ». Elle urine fréquemment au lit.

Mais déjà le deuxième choc produit l'amélioration (8 avril). Le malade a de nouveau un comportement affectif adéquat, s'intéresse à son traitement, à sa famille, elle présente en outre, des phénomènes d'amnésie rétrograde s'étendant sur la période de 15 jours qui a précédé sa réintégration. L'amélioration fait des progrès par la suite. L'après-midi du 16 avril, après son choc, elle reçoit la visite de sa mère et de sa sœur, à qui elle montre beaucoup d'affection. Après la visite elle manifeste sa satisfaction de se sentir aussi améliorée, mais se plaint de ses troubles de la mémoire en ajoutant qu'elle a toujours souffert d'une mauvaise mémoire, ce qui lui a nui dans ses études.

Mais, à partir du 20, malgré que le traitement soit continué tous les jours, avec des chocs réguliers, elle redevient taciturne et hostile, s'isole, a des éclats de rire immotivé, répond zut aux infirmières qui lui apportent à manger, se met en colère subitement, jette des objets au milieu de la salle, reste debout, immobile, dans une attitude figée, à côté de son lit. D'autres fois, elle est souriante, répond sur un ton maniéré; parfois aussi elle observe un mutisme absolu. Le traitement est pourtant continué, avec des chocs réguliers, jusqu'à la date du 4 juin, sans effet aucun. Cette fois-ci le résultat, pourtant très favorable au début, a été finalement nul.

On tente ensuite le traitement par la sulfosine et les sels d'or associés; il est sans aucune influence sur l'état de la malade.

Le 23 novembre 1937, on soumet la malade à l'insulinothérapie pour la troisième fois. Une fois de plus l'amélioration ne tarde pas à se produire. Une lettre écrite à son frère le 29 novembre en fait preuve. Le 8 décembre, elle a une longue conversation avec le médecin, lui pose des questions sur sa maladie, cherche à en analyser les symptômes.

Les phénomènes de maniérisme de la mimique et du langage disparaissent progressivement.

A partir de fin décembre, l'état normal dans l'intervalle des chocs se maintient stable, des phénomènes de réactivation de la psychose apparaissent pendant l'état hypoglycémique.

La troisième phase du traitement (petites doses) est commencée le 7 janvier; la malade reste normale et s'occupe tous les jours, accompagne les infirmières aux corvées. Mais le 14, récurrence brusque. La malade est assise sur son lit, immobile, la tête penchée, elle répond sur un ton maussade, irrité. Malgré la reprise des chocs pendant tout le reste du mois de janvier, l'état s'aggrave, le comportement est de plus en plus négativiste. La malade riposte par des gifles quand on l'approche, elle finit par refuser toute alimentation. Le traitement doit être cessé.

Une fois de plus le résultat immédiat a été frappant, mais il n'a dépassé que d'une semaine la cessation des chocs.

Après 20 jours de repos, à peine, un nouvel essai est tenté. Une quatrième fois le comportement affectif redevient normal au bout de quelques jours. Le 26 février (reprise du traitement le 18, premier choc le 19) la malade se lève, écrit à sa famille, se comporte normalement avec les infirmières qu'elle aide dans leurs occupations. Mais de nouveau la récurrence se produit rapidement. A la date du 30 mai 1938, nous lisons dans l'observation cette note : aggravation progressive après cessation du traitement, redevenue aussi négativiste, impulsive, souvent

grossière : le plus souvent assise sur son lit, la tête penchée, les cheveux tombant sur la figure. Refus d'alimentation.

Plus récemment, en avril, mai et juin, cette malade reçut 20 injections de cardiazol. Les premières crises convulsives furent suivies d'une amélioration nette immédiate de l'état mental : cessation du maniérisme, désir de s'occuper, conversation normale. Mais à partir de la cinquième injection, les effets furent de plus en plus insignifiants. Il fallut se résigner finalement à admettre l'échec complet de la tentative.

DIXIEME OBSERVATION

Mlle Bo... fut admise pour la première fois le 25 octobre 1936. Le frère de la mère atteint de démence précoce. Le début de ses troubles remonte à un an environ. Il s'agissait d'un syndrome paranoïde avec hallucinations auditives verbales, délire de persécution à thème politique avec réviviscence d'un complexe érotique ancien, hostilité contre sa famille, claustration, puis fugue délirante obligeant à l'isoler. Une première tentative d'insulinothérapie, commencée le 28 octobre fut abandonnée après 20 jours, la malade restant dans un état d'hébétitude presque continue et s'alimentant très mal. Le traitement fut repris le 15 février 1937. L'état mental était alors sans changement. La malade était habituellement réticente et hostile, répliquant qu'elle ne voulait pas faire de confession quand on lui demandait des précisions sur son délire, appelant ses parents « Monsieur » et « Madame », quand ils venaient lui rendre visite.

Déjà pendant la première phase du traitement le négativisme s'atténue. La malade reçoit poliment le médecin, lui répond plus librement, mais elle garde ses convictions délirantes, elle affirme que tout ce qu'elle a raconté correspond à la réalité.

Le 25, elle accepte un travail de tricot, le 1^{er} mars (150 unités, torpeur prononcée pendant l'état hypoglycémique) elle parle avec affection de ses parents contre

lesquels elle avait manifesté encore une franche inimitié 3 jours auparavant, elle réclame leur visite, se soucie de la santé de sa mère dont elle a appris l'état souffrant. Le 2 mars, sa mère vient la voir, elle l'embrasse affectueusement, mais se montre encore un peu réticente dans la conversation. A partir du 4 mars, avec 170 unités, des chocs comateux sont obtenus. Le délire est corrigé. Dans ses conversations avec le médecin, la malade s'analyse parfaitement, est consciente du caractère morbide de ses idées délirantes antérieures dont elle essaie d'attribuer la genèse à des causes émotionnelles. Elle accompagne les infirmières aux corvées de cuisine, de lingerie, de pharmacie etc... elle plaisante quand on fait allusion à l'aversion qu'elle avait manifestée contre sa famille. Le comportement normal se maintient sans interruption, nous cessons les chocs.

Le 18 février, et devant l'insistance de la malade, nous autorisons son retour dans le milieu familial, où elle reçoit encore 20 injections d'insuline à petite dose.

Pendant toute l'année, elle est revue chez elle de temps en temps. Le 27 décembre 1937, on note « très active, s'occupe toute la journée au ménage, affectueuse pour ses parents, mais ne cherche pas à se faire des relations, par moment, ajoute la mère, elle a l'air d'écouter comme si elle entendait des voix, mais elle se montre systématiquement réticente en ce qui concerne ce phénomène ».

Au cours de 1938, les troubles s'aggravent de nouveau progressivement. La malade devient taciturne. Un jour, en voyant arriver le médecin appelé par sa famille, elle se sauve et se ferme à clefs dans sa chambre. Puis ce sont des impulsions démentielles : bris d'objets, eau versée sur les passants de la rue, menaces contre les locataires de la maison, etc..., elle est internée de nouveau en décembre 1938.

Une tentative d'insulinothérapie, au cours de laquelle il faut atteindre 190 unités pour provoquer le coma, reste sans résultat. Le traitement par le cardiazol est commencé le 15 avril, et poursuivi jusqu'en juin. Après la troisième crise convulsive (le 27 avril) la malade qui jusque

là avait refusé absolument d'adresser la parole à sa mère lors de ses visites, la reçoit affectueusement, l'embrasse, lui demande des nouvelles de toute sa famille. Elle accepte docilement le traitement, s'intéresse à ses effets, aux doses administrées, met elle-même son mouchoir entre les dents pour éviter la morsure etc... Après 12 crises cardiézoïques, les dernières très violentes, le traitement est arrêté. L'amélioration a fait encore des progrès. La malade s'occupe, tient conversation avec ses compagnes, est gaie, devient toutefois réticente, quand on lui demande d'expliquer les actes extravagants auxquels elle se livrait avant son admission. Elle repart le 29 juin dans sa famille et manifeste une grande satisfaction au moment de son départ.

L'amélioration ne s'est pas longtemps maintenue aussi parfaite. Pendant les 2 premiers mois la malade vaquait avec assiduité aux travaux du ménage; les dimanches elle sortait en promenade avec ses parents. Depuis septembre l'état s'aggrave visiblement; elle reste enfermée dans sa chambre, à une visite du médecin, elle refuse de se montrer, à une autre, elle se sauve brusquement, quand il lui pose quelques questions banales; on la surprend en train de chuchoter seule, on a trouvé des effets de linge qu'elle avait déposés devant la porte de la maison, elle n'a pas voulu expliquer pourquoi.

Des deux observations qui précèdent, l'impression se dégage nettement que les méthodes de SAKEL et de MEDUNA n'ont qu'une action symptomatique ou plutôt syndromale. Elles redressent provisoirement les troubles fonctionnels, mais elle n'agissent pas sur le processus lésionnel. Celui-ci continue, il produit la réapparition des troubles au bout d'un délai plus ou moins rapproché. Finalement, il se produit parfois une accoutumance au traitement, au point que même les effets immédiats symptomatiques ne se produisent plus.

Il y a peut-être là une différence capitale entre les rémissions dues à l'insuline ou le cardiazol, d'une part, et les rémissions spontanées ou celles dues aux états fébriles accidentels et aux traitements pyrétothérapeutiques, d'autre part.

Les observations que nous venons de relater ne plaident nullement pour la condamnation des méthodes du choc insulinique et du cardiazol. La fréquence de leurs effets immédiats, avec en particulier le rétablissement des contacts affectifs normaux et des sentiments d'activité, ne permet aucune comparaison avec les résultats rares et hasardeux des méthodes thérapeutiques antérieurement connues. Nul doute que leur découverte n'ait fait approcher d'un pas important la solution du problème thérapeutique de la démence précoce. Elles attaquent les troubles psychiques fondamentaux de la maladie, changent de fond en comble le comportement des malades, même dans des cas anciens parfois, mais trop souvent leurs effets favorables ne durent pas.

Elles ne représentent que le premier temps du traitement de la schizophrénie, tel qu'il faudra le concevoir dans l'avenir.

Le deuxième, celui qui s'attaque au processus même de la maladie, reste à trouver.

Nous aurions pu ajouter à nos observations d'autres, plus récentes, dans lesquelles le résultat n'a pas été durable davantage. Il nous paraît suffisamment démonstratif

que de 10 malades considérablement améliorés ou complètement remis, une seule soit restée guérie. Or, cette malade présentait les symptômes d'une psychose délirante aiguë, non confusionnelle, non fébrile, chez laquelle l'aspect du délire et du comportement général avait fait poser le diagnostic de démence précoce au début. Le traitement insulinique fut commencé dès le deuxième mois, donc tout à fait au début de la psychose. En pareil cas le diagnostic de la nature schizophrénique des troubles de la psychose est toujours douteux, surtout lorsqu'ils revêtent un aspect aigu.

Voici trois exemples de psychoses épisodiques atypiques, avec appoint schizoïde, mais non schizophréniques, « psychoses schizoformes » selon les auteurs récents, qui furent jugulées par l'insuline ou le cardiazol.

c) PSYCHOSES ÉPISODIQUES ATYPIQUES, OU AVEC APPOINT SCHIZOÏDE GUÉRIES PAR L'INSULINE OU LE CARDIAZOL.

ONZIEME OBSERVATION

Mme J. L... âgée de 27 ans, fit l'objet d'un premier placement volontaire le 20 décembre 1936. Sa mère avait été soignée deux fois pour accès de dépression psychique. Elle même présentait, au moment de son admission, un syndrome mélancolique franc, qui s'était compliqué d'ailleurs d'une tentative de suicide collectif (avec son enfant). Elle fut retirée par sa famille le 8 février 1937, non guérie. Ses parents la surveillèrent à leur domicile, où son mari vint la voir; l'enfant fut gardé dans la famille de

son mari. La malade ne se livrait à aucun travail, à la dépression affective se substituèrent des manifestations d'hostilité familiale et des phénomènes d'irritabilité. Elle se plaignait d'être séquestrée, privée du plus essentiel, battait ses parents, couvrit de coups de griffes son père au cours d'une colère subite. Elle ne présentait cependant pas de phénomènes maniaques proprement dits; excitation verbale, fuite d'idées etc... Dans l'intervalle de ses accès coléreux, elles restait plutôt taciturne.

Le médecin fut appelé à la fin de mars 1937, essaya de la traiter à domicile, puis décida de l'interner. Elle fut admise le 1^{er} mai, l'insulinothérapie fut commencée le lendemain. Le premier choc se produisit le 5 avec 50 unités. Dès le deuxième choc, l'amélioration est patente, le 9, elle reçoit avec effusion son père, lui fait remarquer elle-même son amélioration, parle avec une lucidité absolue de ses troubles antérieurs, demande elle-même que son traitement soit continué jusqu'à guérison complète bien qu'il la fatigue beaucoup. Le traitement est continué jusqu'au 15 juin, et le 30 la malade retourne dans sa famille où elle reprend sa vie normale.

Mais il apparaît bientôt qu'elle n'est nullement guérie. Elle revient plusieurs fois à l'asile, demande à voir le médecin, les internes, se montre loquace et euphorique. Elle vient d'accepter une représentation pour un parent industriel, elle fait d'interminables courses à bicyclette, rend visite aux médecins, qui l'avaient soignée, pour leur vendre sa marchandise, se dispute avec son mari qui ne trouve nul goût à cette activité débordante. Mais cet état hypomaniaque s'apaise à son tour vers la fin de l'année.

Depuis la malade est calme. Elle a réussi à passer un examen commercial et à trouver une occupation stable.

L'hérédité de cette malade et l'évolution clinique de ses troubles imposent le diagnostic de psychose maniaque dépressive.

Il apparaît cependant que l'état mélancolique a été

masqué, à une certaine époque, par des troubles d'aspect schizoïde; on peut se demander si ce n'est pas à l'action sur cette composante schizoïde que l'insulinothérapie soit sans effet dans le cas de cette malade. Après la disparition de l'élément schizoïde, l'affection évolue comme un syndrome maniaco-dépressif pur, une phase hypomaniaque succède à l'épisode mélancolique, puis la guérison se produit.

Dans quelques manies et mélancolies franches qui à Naugeat furent soumises au traitement insulinique, jamais une rémission ne fut enregistrée.

DOUZIEME OBSERVATION

R... Jean Marcel, fut admis pour la première fois, le 10 décembre 1936. Sa mère est une débile profonde, lui même a un niveau intellectuel normal. Il présente, au moment de son admission, un syndrome polymorphe, avec mélange d'éléments maniaques et confusionnels : désorientation, agitation violente, état fébrile léger (38 3) et saburralité, délire à contenu d'idées de persécution et de grandeur : il est général espagnol, veut aller se battre, il est guetté par des brigands qui veulent l'exterminer, il les a vus au cinéma, ils menacent de l'étrangler etc... Attitudes cataleptiques passagères et phénomènes de flexibilité cireuse. Pas d'antécédents éthyliques notoires.

Le traitement consistant en abcès de fixation, injections d'urotropine et somnifène, produit une accalmie rapide en moins de 14 jours, avec amnésie partielle, portant sur la durée de la psychose. Une légère hébétude et un léger maniérisme de langage persistent pendant les premières semaines de la convalescence; le 9 février 1937, le malade quitte l'asile, complètement guéri. Il reprend ses occupations de cultivateur. En été 1938 il

revient voir le médecin, pour lui demander un certificat. Il paraît alors normal.

Mais, dès les derniers jours de novembre 1938, un nouvel accès éclate. Il prétend qu'on veut l'assassiner, se sauve dans les champs, profère des menaces de mort, prétend qu'il est mort et ressuscité, qu'il est fils de la Sainte Vierge, qu'il a été Directeur de la Défense Nationale pendant la dernière guerre.

Cependant, il n'est pas désorienté, il demande lui-même à aller voir le médecin, le reconnaît quand il vient le voir, au milieu de la nuit, et lui expose son délire.

Il est interné le lendemain de cette visite, le 9 décembre, un abcès de fixation et le traitement sédatif restent dans effet. L'agitation alterne avec des phases de mutisme, il accuse son entourage de le torturer, sa mère et son grand-père l'ont torturé sur son lit de mort.

L'insulinothérapie est commencée le 4 février. Le premier choc se produit avec 72 unités, le 11 février; à partir du 19 on note la régression du délire, avec conscience des troubles; le malade est habituellement calme.

Mais le 22 février, tout en constatant devant le médecin l'amélioration de son état, il ajoute qu'il sait bien ce qui l'attend. Il va perdre la vie sous peu, on a tort d'agir contre lui en cachette, il entend murmurer sans cesse. A partir des premiers jours de mars, il se lève dans l'intervalle des chocs travaille au dortoir. Le 7 (les chocs sont régulièrement continués) il déclare qu'il est guéri, qu'il a été atteint d'une maladie nerveuse, questionné sur son délire, il répond : « c'est oublié, je n'y pense plus ». Les chocs sont arrêtés le 15 mars, mais dans les derniers jours de mars, le malade redevient sombre, déclare qu'il entend dire du mal de lui. L'état normal est rétabli par une série de chocs comateux, suivis du traitement de consolidation. Le 20 avril, le malade quitte l'asile, on a besoin de lui pour les travaux des champs. Il ne manifeste plus aucune idée délirante. Son comportement est normal. Il a été suivi par le médecin depuis, l'état normal persiste.

Le diagnostic qui s'impose dans ce cas, est évidemment celui de paroxysmes maniaques atypiques (appoint confusionnel, troubles hallucinatoires, délire intense, phénomènes catatoniques passagers) sur terrain dégénératif.

Le cas suivant n'appartient pas plus au cadre de la schizophrénie. Il s'agit d'une malade dont la psychose a été guérie grâce à une seule crise cardiazolique.

TREIZIEME OBSERVATION

Mme L... S., Louise, âgée de 37 ans, admise le 5 mai 1939. Cette malade avait été internée, une première fois, du 24 septembre au 11 octobre 1924. Les seuls documents qui aient été retrouvés sont le certificat d'admission et de quinzaine et un certificat de situation. Le premier mentionne un état confusionnel, avec désorientation et amnésie, dépression affective, idées d'auto-accusation. Les autres, datées des 8 et 9 octobre, concluent à un état d'excitation maniaque en voie de régression. La malade quitta l'asile le 11 octobre et guérit normalement.

Depuis, elle n'avait pas présenté d'autres accès, mais elle était toujours d'un caractère difficile, coléreux, autoritaire.

Un paroxysme nouveau éclate brusquement dans la deuxième quinzaine d'avril 1939. La malade, très agitée, tout en restant d'ailleurs parfaitement orientée, prétend qu'elle est soumise à des courants électriques, qu'elle est poursuivie par des hommes, dont elle voit des ombres se dessiner sur le mur, elle accuse son mari de complicité avec ses persécuteurs, est agressive contre sa mère qui ne peut plus entrer dans sa chambre. Pas de température fébrile. Les injections de somnifène et un abcès de fixation sont sans effet.

Elle est internée le 5 mai. Une injection de cardiazol (0,50) faite le lendemain, provoque une crise convul-

sive très violente ,avec phase d'apnée prolongée. Tout l'après-midi elle reste calme, lucide, consciente. Le lendemain l'agitation reprend un peu, notamment pendant la visite du mari, le surlendemain, elle est calme, examinée le 10, elle tient une conversation normale, a conscience de la nature morbide de ses idées délirantes antérieures dont elle a d'ailleurs conservé le souvenir.

Elle raconte qu'elle croyait être reliée aux ondes hertiennes, tout autour d'elle lui paraissait chargé d'électricité. On constate encore une euphorie légèrement exagérée, quelques éclats de rire immotivés. Le 18, elle est retirée par son mari, complètement rétablie. L'état normal persiste, la malade a été revue plusieurs fois, à son domicile. Un cas plus frappant encore de guérison par une seule crise cardiazolique a été rapportée par Courboñ et Assuad (Annales Médico Psych. Mai 1939).

La tentation est grande d'assimiler aux trois cas qui précèdent celui de la malade Gat... Hélène, (Observation 2), la seule dont la guérison se soit maintenue, parmi les malades rapportés dans la thèse de MARQUET.

L'aspect des rémissions dans les deux cas suivants, également traités tout à fait au début de la psychose, de nature schizophrénique probable, est d'ailleurs bien différent.

d) ASPECT CLINIQUE DES RÉMISSIONS DANS DEUX PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES TRAITÉES AU DÉBUT DE LA MALADIE.

QUATORZIEME OBSERVATION

M... P... Jean, âgé de 18 ans, lycéen, hérédité alcoolique (père éthylique chronique, intellectuellement af-

faibli) intelligent et travailleur, prépare une des grandes écoles militaires, a été élevé dans un foyer brisé par l'ivrognerie du père et en a souffert moralement.

Depuis environ 2 ans, amitié pour une jeune fille de très bonne famille, de plusieurs années plus âgée que lui, avec laquelle il correspond régulièrement et avec laquelle il désire se marier plus tard. Mais depuis quelque temps il croit remarquer que les lettres de la jeune fille sont plus froides, elle lui donne des conseils de travail qui l'irritent, il devient de plus en plus déprimé, manifeste des idées de suicide.

La psychose éclate dans les derniers jours de janvier. Il voit dans un coin de son dortoir l'ombre de la jeune fille qui brandit un poignard et fait mine de s'élancer sur lui. Dans un état d'agitation violente, il est examiné par un médecin. La mère est appelée et le ramène à son domicile où il est vu le 3 février. Il est alors triste, inquiet, il prétend qu'on le méprise, il a l'idée qu'une catastrophe est imminente, il a prévu à l'avance tout ce qui lui est arrivé, il a un pouvoir de divination, des visions intérieures à distance. A la demande de préciser, il explique, qu'en ce moment, il voit son amie en train de préparer la table pour le déjeuner; il décrit la robe qu'elle porte, etc... Le traitement sédatif institué amène une accalmie passagère des troubles, il se promène parfois avec sa mère, mais chaque fois, en revenant, il manifeste des idées d'infériorité, prétend qu'on le regarde. Il veut bien renoncer à ses idées de suicide, mais il faut que le médecin lui fasse oublier complètement le traumatisme sentimental qui les a provoquées. Il parle d'ailleurs de ses idées de suicide en riant.

Le 3 mars, une recrudescence brusque des troubles se produit. Il croit que 2 personnes, dont le père de la jeune fille, le guettent dans la rue. C'est une intuition, une conviction, dit-il, il n'a rien vu, n'a pas entendu des voix. Il réclame un revolver pour se défendre, il veut se sauver. Mas ce qui est plus frappant, c'est la discordance affective.

Il expose son délire en souriant, la voix est calme, la

physionomie ne traduit ni tristesse, ni inquiétude, pendant la conversation avec le médecin. Il se laisse amener docilement à l'asile; au moment de se séparer de sa mère, il a toutefois quelques sanglots subits et s'exclame : « ma situation est brisée ».

Le lendemain de son admission, il est souriant, mais proteste contre son internement, croit fermement à la réalité de ses convictions délirantes. Le traitement insulinaire est commencé le 8 février; le 9, il raconte au médecin qu'il l'a roulé, que son délire avait été feint, qu'en réalité il avait peur du mari d'une cousine avec laquelle il a une liaison secrète. Il appartient à une race (père d'origine corse) qu'un pape a jugée en ces deux mots : comédiant, tragédiant. Le médecin doit reconnaître son erreur de diagnostic et le remettre en liberté. Tantôt, il est souriant, tantôt il prend une attitude hostile. Tous les matins, à la visite, il essaie de convaincre le médecin par les mêmes arguments.

A partir du 13 (56 unités) la réaction hypoglycémique devient plus intense, le facies est hébété, le regard fixe et hagard, le malade est légèrement excité, présente quelques secousses myocloniques. Dès ce jour, l'après-midi, il est lucide, conscient de l'état morbide antérieur, il avoue qu'il avait essayé de dissimuler son délire. A une visite de sa mère, le 16 mars, il reconnaît qu'il était urgent et absolument indispensable de l'interner, que la mère a eu tort de tant hésiter devant cette décision. Mais le lendemain, avec 80 unités, sans avoir présenté un choc comateux complet, il a des vomissements incoercibles toute la journée; on renonce à provoquer des chocs graves, la dose d'insuline est même diminuée (48 unités par jour, suffisant pour provoquer un état de torpeur atténuée). L'amélioration s'affirme de plus en plus, le comportement affectif ne montre plus aucune trace de discordance. La mère qui ne s'était déjà résignée à l'internement qu'avec beaucoup de difficultés, tient à retirer son fils, le 1^{er} avril. Il recevra encore 24 unités, tous les jours pendant 3 semaines.

Il a passé récemment son deuxième baccalauréat; les

facilités données en temps de guerre, ont été pour beaucoup dans ce succès. Il se préoccupe constamment de sa santé, il se plaint de fatigue, d'angoisses, d'incapacité de faire un effort intellectuel, d'étudier. Il se méfie de sa mère, qui le heurte, le surveille à l'excès, ne lui laisse pas de liberté, dit-il, il hésite d'accepter un travail, parce que son futur patron et sa mère se concertent pour le surveiller. Un jour, il conçoit brusquement le projet d'aller voir son père, qui habite dans un département voisin. Il veut se rendre compte de l'état mental exact de son père explique-t-il. Il revient bouleversé de son voyage. Il est hanté par la peur d'une rechute, est venu inopinément, parfois, le soir vers 19 ou 20 heures, pour être rassuré.

Il ne fréquente guère d'amis, à part quelques personnes qui se sont occupées de lui pendant sa maladie; il se promène beaucoup, mais presque toujours seul.

QUINZIEME OBSERVATION

Mlle Lat., âgée de 25 ans, ouvrière en chaussures, admise le 30 Mai. Les troubles se sont développés progressivement depuis un mois. Déprimée, prétend que ses compagnes d'atelier lui en veulent. On lui tend des pièges. Interprète dans ce sens une erreur qui a été commise à propos d'une fourniture de chaussures. Des rêves lui ont annoncé des choses qui doivent se réaliser « une nuit elle a vu, en rêve, le fils de son patron, à genoux devant elle, en costume d'aviateur » elle en conclut, qu'elle est aimée de lui. Ses compagnes la jalourent à cause de cela. A la suite d'autres rêves, elle a peur que sa mère meure par sa faute. Orientation et mémoire intactes, absence de réaction affectives et émotionnelles en racontant son délire.

Traitement insulinique commencé le 5 Juin, le 1er choc avec 72 unités le 12 juin, l'après-midi du 13, après le 2° choc conversation avec le médecin. Elle va mieux, après les chocs sa tête est beaucoup plus libre, elle comprend que ses convictions délirantes étaient produites

par des rêves morbides, que l'interprétation à propos des chaussures était une erreur, qu'il est absurde de penser à un mariage avec le fils de son patron.

Des chocs sont provoqués tous les jours encore jusqu'au 22 juin. Ils doivent être suspendus, à cause de la situation matérielle précaire de la famille, qui ne peut continuer à payer les frais d'hospitalisation au pensionnat. On institue le traitement de consolidation, qui sera continué pendant 3 semaines ensuite, à son domicile qu'elle regagne le 29 juin.

La malade s'occupe dans le ménage de ses parents, elle n'a pu retrouver une place (à cause de la crise de chômage, ditelle). En réalité elle n'est pas guérie entièrement. Récemment elle a encore eu une crise de désespoir, sous prétexte que pendant la nuit elle avait entendu des voix prédisant sa mort prochaine. Se trouvant dans un tramway, elle a entendu qu'on parlait d'elle. Elle croit d'ailleurs qu'il s'agit de phénomènes morbides, que les voix par exemple se produisent dans son cerveau malade. Elle déclare elle-même, que jamais elle n'a été complètement bien portante, depuis sa sortie de l'asile. Elle présente, en somme, la même orientation hypocondriaque que le malade précédent.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Chaque fois qu'une discussion est ouverte sur un problème quelconque touchant la schizophrénie, étiologique, clinique, thérapeutique, ou autre, la même question se pose en tout premier lieu, et crée un dilemme insurmontable. Qu'est-ce que la démence précoce? Qu'est-ce que la schizophrénie? C'est sur cette note que Monsieur le Professeur Claude termina également la discussion des nombreuses communications sur l'insuline et le cardiazol à la réunion de la Société Médico-Psychologique, du 22 mai 1939.

Il est fort improbable que la démence précoce, telle qu'elle est sortie de la synthèse de KRAEPELIN, que le cadre plus vaste encore, tel qu'il a été conçu par BLEULER sous le nom de schizophrénie, représente une entité nosologique. Il est, par contre, infiniment probable, que les efforts de démembrement entrepris tant chez nous (Claude) qu'à l'étranger, finiront par isoler des entités différentes par leur nature étiologique, pathogénique, clinique.

Dans ces conditions, il paraît bien difficile de préciser une thérapeutique spécifique des psychoses schizophréniques.

D'ailleurs l'expérience thérapeutique a prouvé amplement que les crises cardiazoliques n'ont nullement une action élective sur les troubles schizophréniques, mais qu'elles produisent des résultats excellents et aussi fréquents dans les psychoses maniaco-mélancoliques et dans les syndrômes confusionnels. Quant à la thérapeutique insulinique ses effets heureux semblent s'exercer plus électivement sur les syndrômes d'aspect schizophrénique, encore la voyons nous juguler parfois des états maniaques atypiques, des mélancolies qui traînent, des psychoses épisodiques du type bouffée « délirante ».

Dans les processus schizophréniques vrais, ceux notamment qui appartiennent au cadre de la démence précoce de KRAEPELIN, les résultats favorables des cures insuliniques et cardiazoliques sont peu durables. La rechute a lieu le plus souvent au bout de quelques mois. Même dans les cas traités dans les premières semaines de la maladie, dans lesquels l'intensité des phénomènes de discordance affective, l'aspect du délire, l'existence de troubles de la série catatonique autorisent dès le début, avec quelque certitude, le diagnostic de démence précoce, la rémission est caractérisée par son instabilité, qui se manifeste dans les difficultés d'adaptation sociale, la labilité affective et émotionnelle, les tendances hypocondria-

ques, l'apparition inopinée de phénomènes subdélirants, etc., etc...

L'analyse de nos observations n'apporte d'ailleurs rien de nouveau, rien qui n'ait pas déjà été dit. La série de communications qui ont été faites à la Société Médico-psychologique le 22 mai 1939, par de nombreux auteurs, et les discussions qu'elles ont engendrées, font ressortir tous les éléments qui se dégagent également de notre expérience clinique et thérapeutique.

L'instabilité des résultats thérapeutiques et la fréquence des rechutes furent signalées par la majorité des auteurs, qui communiquèrent leurs observations, MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PICHARD, HYVERT, VIÉ pour le cardiazol; POROT, EY pour l'insuline; P. ABELY pour les deux traitements. Mr COURBON résuma ainsi ses impressions (COURBON et ASSUAD : insulinothérapie comatogène et la cardiazothérapie convulsivante) : « Ad-
« mirables parfois par leurs résultats inespérés, tou-
« jours inquiétantes par l'intensité des troubles physio-
« logiques qu'elles doivent parfois atteindre pour être
« efficaces, le plus souvent décevantes par l'infidélité et
« l'instabilité de leur guérison, la cardiazothérapie con-
« vulsivante et surtout l'insulinothérapie comatogène ne
« sont à employer qu'après l'échec des thérapeutiques
« étiologiques, physiologiques, sédatives et tonifiantes
« ordinaires, et sur des sujets dont les organes sont en
« pleine validité, » et dans son autre communication pré-

sentée à la même séance (COURBON et PERRIN : « les sismothérapies anciennes et modernes en psychiatrie) : les sismothérapies modernes (insuline et cardiazol) sont d'une efficacité incontestable, mais souvent défailantes et presque toujours peu durables... » Mr. P. ABELY, en comparant les deux méthodes, cardiazol et insuline, donna la préférence à l'insulinothérapie, à cause de la stabilité plus grande de ses résultats et à cause de ses effets plus favorables dans les cas plus anciens.

Il est superflu de citer toutes les publications françaises et étrangères dans lesquelles ont été rapportés les résultats des méthodes de SAKEL et de MEDUNA. De leur lecture se dégagent deux constatations : 1°) La proportion des rémissions complètes a diminué nettement dans les travaux récents; 2°) De plus, en plus, on insiste sur la fréquence et la rapidité des rechutes.

La proportion de ces rémissions dans les cas traités dans les premiers mois de la psychose, même quand des 80 ou 90 % signalés dans les communications optimistes de la première heure, elle tombe maintenant à 40 ou 50 % est encore bien encourageante. Faut-il faire une distinction de nature entre ces psychoses apparemment guéries et présentant des guérisons stables et les autres dans lesquelles la rémission ne fut qu'incomplète ou peu durable? MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PICHARD entrevoient toute la difficulté de ce problème, et ils se gardent de se prononcer. LANGFELDT, d'Oslo, oppose

l'échec habituel du traitement insulinique dans les schizophrénies endogènes vraies, à son action favorable dans les psychoses atypiques, schizophréniformes, d'origine exogène, toxi-infectieuse par exemple. (Neurologische WOCHEN-SCHRIFT, n° 38-1936; MONATSCHRIFT FUER Psychiatrie u Neurologie 101, 6 1938). Nous pensons qu'une telle opposition catégorique est excessive.

La schizophrénie, même dans ses formes les plus authentiques, présente une tendance aux rémissions, variable suivant les cas; ces rémissions sont particulièrement fréquentes et importantes au début de la psychose. La proportion de ces rémissions est variable selon les auteurs qui les ont étudiées; pour citer deux exemples: FROMENTY (Encéphale, mai 1939): 15 % de rémissions stables, 15 % de rémissions durables. BARUK (Annales méd. psych.) mai 1939: 44, 3 % en ajoutant aux rémissions spontanées celles dûes à des thérapeutiques diverses en dehors de celles de choc.

Il est probable que l'action curative des méthodes de SAKEL et de MEDUNA, n'est qu'indirecte. Elles activent la tendance naturelle aux rémissions, en créant une situation psychologique et somatique favorable au maximum à leur production. Par leurs effets symptomatiques immédiats elles attaquent le psychisme morbide dans ses éléments les plus fondamentaux, les troubles de l'affectivité notamment, et permettent le rétablissement des contacts psychiques normaux, elles rompent l'autisme et les phé-

nomènes d'inhibition. En outre, elles semblent activer les processus de régénération cellulaire et elles ont une action nettement favorable sur l'état physique général. Il n'est pas étonnant qu'avec un renversement aussi total de la situation psychique et somatique la tendance naturelle aux rémissions se manifeste et que le cours de la maladie soit modifiée dans un sens favorable. Si la maladie est encore à ses débuts, la guérison pourra être quasi complète, autant que quand il s'agit d'une rémission spontanée.

Malheureusement, nous ne pourrions pas affirmer avec certitude, dans les cas traités au début, qu'il s'est agi de psychose schizophrénique vraie; ni la méthode insulini- que ni encore moins celle du cardiazol, sont des méthodes thérapeutiques spécifiques. Elles agissent également sur les psychoses épisodiques non schizophréniques, mais notamment lorsque ces psychoses présentent un aspect atypique, par suite d'un appoint schizoïde (bouffées délirantes, manies et mélancolies atypiques, certains états confusionnels). L'expérience montre que c'est dans ces cas précisément que sont enregistrés les résultats les plus parfaits au point de vue de la qualité et de la durée. Or, la psychiatrie française a toujours refusé, avec raison à notre avis, de suivre les tendances d'origine étrangère qui englobent tous ces syndrômes dans le cadre de la schizophrénie.

Toutes les statistiques portant sur des cas traités au

début prêtent donc à discussion, soulèvent des doutes que les analyses cliniques les meilleures, les enquêtes étiologiques les plus approfondies, ne permettent pas de lever.

Nous avons constaté des différences frappantes entre l'état des malades guéris de psychoses épisodiques atypiques (Obs. 11 12 et 13) et les 2 malades (Obs. 14 et 15) dont les psychoses étaient plus nettement d'aspect schizophrénique. Chez les premiers le rétablissement est complet, aucune trace ne persiste de la psychose, ils reprennent une vie et une activité normale, l'une cependant seulement après le déroulement d'une phase hypomaniaque qui ne fait que confirmer le diagnostic. Chez les autres persiste une grande labilité affective, des ten- plus difficile l'adapation sociale. Mais on peut nous objecter que ces deux observations d'insulinothérapie présentent des défauts, que les traitements ont été d'une durée relativement courte, qu'ils ne répondent donc pas à toutes les exigences techniques, que ces malades, insuffisamment traités, ont été remis en circulation insuffisamment rétablis. A cela nous répondons que nous ne croyons pas à la nécessité de ces traitements de longue durée tels qu'ils ont été préconisés ailleurs. Les plus beaux résultats sont ceux qui se produisent rapidement, parfois avant la production même des chocs comateux ou convulsifs, atteignent leur maximum au bout de quelques chocs graves seulement et s'y maintiennent. A titre de contrôle, au bout d'une série de

12 à 20 chocs, nous suspendons le traitement pendant quelques jours; si l'amélioration se maintient, nous continuons le traitement par petites doses, si non une brève série de chocs permet de rétablir la situation et d'assurer à la rémission la stabilité nécessaire.

En réalité l'état de nos deux malades, M. P. et LA ressemble à celui des malades décrits récemment par Mlle PRESS, qui étudia le sort ultérieur des premiers 32 cas d'insulinothérapie de la Clinique Psychiatrique de Burghoelzli-Zurich. (Archives suisses de neurologie et de psychiatrie XLII, I, 1938) : parmi les 11 bonnes rémissions, 8 et parmi elles les 5 meilleures, présentèrent finalement des symptômes de déficit net : idées hypochondriaques, vagues idées délirantes de corrélation etc., susceptibilité, fatigue exagérée, appauvrissement général des impulsions et de la personnalité, activité réduite etc... Chez les uns l'amélioration pendant la période des 6 à 12 mois consécutifs à la cure fit des progrès encore, pour atteindre le point culminant, puis diminuer de nouveau, chez d'autres, après s'être maintenue pendant cette même période à son niveau initial, elle diminua rapidement.

Les rémissions dues aux traitements par le choc insulinique et par le cardiazol, sont donc caractérisées par une phase de convalescence de durée assez longue, pendant laquelle l'état psychique reste très instable. On conçoit que la consolidation de la rémission dépend, en partie, des conditions psychologiques auxquelles le sujet

est soumis pendant cette période. Des facteurs d'ambiance nocifs, des causes émotionnelles, un essai intempestif de reprendre l'activité sociale antérieure, etc., mais aussi le maintien trop prolongé dans le milieu asilaire peuvent entraver la consolidation, précipiter la rechute. Par contre des mesures d'hygiène mentale judicieusement choisies et une psychothérapie adroite suffisamment prolongée, favorisent la consolidation. Mais, tout dépend, en fin de compte, de l'évolution du processus morbide sous-jacent, si celui-ci continue dans un délai rapproché, quelle que soit l'ambiance psychologique, la rechute se produit.

C'est pourquoi le traitement de consolidation qui doit être poursuivi longtemps, après la fin de la thérapeutique de choc, comporte en outre des mesures psychothérapiques indispensables un traitement somatique ayant pour but d'agir sur le processus fondamental lui-même.

HYVERT a préconisé l'association de la chrysothérapie avec le cardiazol. P. AUBRY a conseillé l'emploi de l'antéhypophyse et de l'ectine. Ces suggestions méritent un grand intérêt. Il faut s'engager résolument dans cette deuxième étape des recherches sur les nouvelles méthodes de choc; ce n'est que quand on aura éliminé leur point faible principal, c'est-à-dire quand on aura réussi à remédier à l'instabilité des rémissions obtenues grâce à elles qu'on pourra affirmer réellement qu'un pas décisif a été fait dans le traitement de la schizophrénie.

Dans une même étude et dans les mêmes chapitres,

nous venons de discuter deux méthodes thérapeutiques : celle du choc insulinique et la méthode convulsivante par le cardiazol. Certes, leur mécanisme d'action physiologique est différent, mais elles sont étroitement apparentées par leurs effets cliniques immédiats. Elles agissent par des mécanismes différents, mais elles agissent sur les mêmes centres cérébraux, elles attaquent primitivement les mêmes troubles; l'évolution clinique des rémissions présente un aspect identique; ces rémissions brusques ou rapides le plus souvent, sont caractérisées par les mêmes phénomènes d'instabilité, la même durée éphémère fréquente.

Il n'entre nullement, pour cela, dans nos intentions de conclure à leur rejet. Les effets immédiats qu'elles permettent d'enregistrer sont si éclatants, qu'on est toujours tenté de recommencer. Et quand on a constaté, comme il nous a été donné chez certains de nos malades, que plusieurs fois les mêmes succès immédiats impressionnants, mais passagers, ont été obtenus, on ne peut s'empêcher de conclure que sans aucun doute, SAKEL, et MEDUNA nous ont engagés dans une bonne voie.

CONCLUSIONS

I. — Sur 10 rémissions de psychoses schizophréniques, les unes complètes en apparence, les autres incomplètes, mais importantes, produites par l'insulinothérapie selon la méthode de SAKEL en 1936 et au début de 1937, une seule s'est maintenue jusqu'ici; toutes les autres ont récidivé dans un délai de deux mois à un an.

II. — Les résultats du traitement par le CARDIAZOL ne sont pas plus durables que ceux obtenus avec l'INSULINE.

III. — Certains des malades soumis à ces traitements à plusieurs reprises, y réagissent favorablement plusieurs fois, mais le résultat est toujours aussi éphémère.

IV. — La comparaison entre le comportement de malades guéris, grâce à une de ces deux méthodes, de psychoses épisodiques atypiques, non schizophréniques mais avec appoint schizoïde plus ou moins caractérisé, avec celui de malades remis de psychoses schizophréniques vraies, permet de constater des différences sensibles : chez les premiers retour à un comportement psychique

et social normal; chez les schizophrènes vraies persistance d'une grande labilité affective et émotionnelle, incapacité d'effort, orientation hypocondriaque marquée et phénomènes nosophobiques, réadaptation sociale difficile etc. Nous signalons toutefois cette différence avec les réserves que comporte trop souvent l'affirmation de la nature schizophrénique d'une psychose au début.

V. — Il ne faut cependant pas nier la possibilité de rémissions complètes et durables de schizophrénies authentiques, grâce à l'insulinothérapie et au traitement par le cardiazol; ces méthodes ne font qu'activer, probablement, la tendance aux rémissions qui est un caractère intrinsèque du processus schizophrénique; rien ne s'oppose a priori à ce que les rémissions dûes à l'insuline ou au cardiazol, se montrent parfois d'une stabilité aussi grande que les rémissions spontanées.

VI. — Un jugement définitif sur l'efficacité des méthodes de SAKEL et de MEDUNA ne pourra être porté que quand les nombreuses statistiques sur leurs effets favorables immédiats dont la réalité n'est plus à démontrer, seront complétées par des enquêtes concernant la durée et la qualité sociale des rémissions et s'étendant sur une période de plusieurs années après la fin du traitement.

VII. — Le traitement de consolidation, qui doit être institué après le succès des thérapeutiques de choc et qui

doit être à la fois psychothérapique et somatique, doit être mis au point; les méthodes déjà préconisées méritent d'être contrôlées.

Vu

Le Doyen :

TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :

LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX ET COMMUNICATIONS CONSULTÉS :

SAKEL. — Nouvelle méthode de traitement de la Schizophrénie. (Vienne 1935. — En allemand.)

VON MEDUNA. — Génèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol. (*Annales médico-psychologiques*. Avril 1939).

LA THÉRAPEUTIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE. — (Choc insulinaire, cardiazol, cure de sommeil prolongé); compte-rendu de la 89^e réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, mai 1937, fascicule spécial des *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1937, Zurich 1937.

MARQUET (G.). — Le traitement des Psychoses Schizophréniques par le choc insulinaire, *Thèse de Paris*, Jouve et Cie, Edit 1937.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, Novembre 1936, communication de : MULLER, SCHMID, BERSOT, Prof. CLAUDE, GUIRAUD, BAUER.

COMMUNICATION de MM. : HYVERT, LARRIVE MESTRALLET MATHON et CARRIER, CLAUDE LECONTE et RALLU, LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et RICHARD, VIE et

RAUCOULE-EY et COLOMB, EY-COLOMB et BERNARD, POROT, BARDINAT et LÉONARDON, Paul ABÉLY, POROT AUBIN VALLET et SUTTER, VILLAY et BUVAT, BARUK et ZAPHIROPULOS, COURBON et ASSUAD, COURBON et PERRIN.

ABÉLY (P.). — Le traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol. (*Annales médico-Psychologiques*, avril 1939).

Sont à signaler également, parmi les publications les plus récentes parues aux *Annales Médico-Psychologiques*.

CLAUDE. — Résultats actuellement obtenus à la clinique Psychiatrique de Paris par l'*Insulinothérapie et la cardiazolthérapie*. (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1938).

COSSA et BOUGEANT. — Un an d'application des méthodes de SAKEL et de MEDUNA. (*Annales médico-Psychologiques*, janvier 1939).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e.

5. 2. 1. 2.